



MICHELLE BAASS
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

اطلاعات مهم در ارتباط با پوشش بهداشتی شما Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program

ذینفع گرامی،

شما در Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program ثبت نام هستید. این فقط آزمایش‌های پزشکی، خدمات مرتبط با آزمایش و درمان‌های ضروری COVID-19 را پوشش می‌دهد.

COVID-19 Uninsured Group Program در تاریخ May 31, 2023 پایان می‌یابد.
این برنامه در حال پایان است زیرا قانون تغییر کرده است.

ببینید آیا برای **Medi-Cal** یا **Covered California** واجد شرایط هستید
می‌توانید از طریق **Medi-Cal** یا **Covered California** برای پوشش بهداشتی بدون هزینه یا کم هزینه درخواست دهید. یک درخواست برای هر دو برنامه موجود است.

همین امروز از طریق یکی از روش‌های زیر درخواست دهید:

- آنلاین به نشانی [BenefitsCal.com](https://www.benefitscal.com) یا [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)، [MyBenefitsCALWIN.org](https://www.mybenefitscalwin.org)
 - از طریق پست
- درخواست نامه برای بیمه سلامتی که به همراه این نامه ارسال شده است را پر کرده و آنرا به نشانی زیر پست کنید:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA, 95798-9725

یا آنرا به دفتر محلی شهرستان تان ارسال کنید. اطلاعات مربوط به دفتر محلی شهرستان خود را در وبسایت <http://dhcs.ca.gov/COL> پیدا کنید. یا با خط راهنمای **Medi-Cal** به شماره 800-541-5555 تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید در <https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal> یک فرم تقاضای کاغذی را به زبانهای مختلف دانلود کنید.

- از طریق تلفن
- با **Covered California** به شماره 800-300-1506 تماس بگیرید. یا با دفتر محلی شهرستان تان تماس بگیرید. دفتر محلی شهرستان خود را در <http://dhcs.ca.gov/COL> پیدا کنید. یا با خط راهنمای **Medi-Cal** به شماره 800-541-5555 تماس بگیرید.

• به صورت حضوری

به صورت حضوری در دفتر محلی شهرستان تان برای پوشش Medi-Cal یا Covered California درخواست دهید. دفتر محلی شهرستان خود را در <http://dhcs.ca.gov/COL> پیدا کنید. یا با خط راهنمای Medi-Cal به شماره 800-541-5555 تماس بگیرید.

قبل از پایان یافتن پوشش COVID-19 Uninsured Group Program تان، برای Covered California درخواست دهید!

با توجه به وضعیت اورژانس بهداشت عمومی COVID-19، Covered California یک دوره ثبت نام ویژه دارد. این دوره 60 روز پس از آخرین روز ماهی که اورژانس بهداشت عمومی به پایان می رسد، پایان می یابد. همچنین اگر رویداد زندگی واجد شرایط دیگری دارید، می توانید ثبت نام کنید. یا می توانید در طول دوره ثبت نام آزاد Covered California ثبت نام کنید.

برای درخواست Covered California از طریق آنلاین، مراجعه کنید به CoveredCA.com/apply.

- در منوی کشویی "Special Enrollment"، "COVID-19/Pandemic" اورژانس بهداشت عمومی را به عنوان رویداد حیاتی واجد شرایط خود انتخاب کنید.
- برای تاریخ رویداد زندگی واجد شرایط خود، تاریخ فعلی را وارد کنید.

اگر برای آزمایش یا درمان COVID-19 صورتحساب دریافت کنم چه می شود؟

- اگر قبل از پایان برنامه، صورتحسابی برای آزمایش یا درمان COVID-19 دریافت کرده اید، به ارائه دهنده Medi-Cal که صورتحساب را ارسال کرده است بگویید که به جای ارسال صورت حساب به شما، آنرا به Medi-Cal ارسال کند.
- اگر پس از پایان برنامه، آزمایش یا درمان COVID-19 انجام دادید، می توانید برای Medi-Cal درخواست دهید و در صورت واجد شرایط بودن پوشش، از خدمات تحت پوشش برخوردار شوید. این شامل حداکثر سه ماه پوشش ماسبق (بازگشت) Medi-Cal است. اگر در Covered California ثبت نام کردید، به ارائه دهنده صورتحساب بگویید که صورتحساب خود را به شرکت بیمه بهداشتی شما ارسال کند.
- اگر طی زمانی که در COVID-19 Uninsured Group Program ثبت نام بودید، هزینه آزمایش یا درمان برای COVID-19 پرداخت کردید، می توانید درخواست بازپرداخت کنید. با Medi-Cal Beneficiary Service Center به شماره 916-403-2007 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بازپرداخت، به صفحه وب (Conlan) Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement به نشانی <https://www.dhcs.ca.gov/conlan> مراجعه کنید.

آیا می توانم واکسن، آزمایش یا درمان COVID-19 را پس از پایان این برنامه دریافت کنم؟

پس از پایان این برنامه، همچنان می توانید به صورت رایگان واکسینه شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.myturn.ca.gov مراجعه کنید.

اگر پس از پایان این برنامه به آزمایش یا درمان COVID-19 نیاز دارید، می توانید برای Medi-Cal یا Covered California درخواست دهید. اگر واجد شرایط باشید، می توانید برای خدمات COVID-19 و موارد دیگر تحت پوشش قرار بگیرید.

سؤالی دارید؟

- از طریق COVID19Apps@dhcs.ca.gov به ما ایمیل ارسال کنید.
- یا با شماره 916-552-9200 تماس بگیرید.
- یا سؤالات خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

Department of Health Care Services
Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607
P.O. Box 997417
Sacramento, CA 95899-7417

برای دریافت کمک رایگان به زبان های دیگر، از شماره تلفن های ذکر شده در Notice of Language Services که همراه این نامه ارسال شده است استفاده کنید.

سپاسگزاریم،

Department of Health Care Services
State of California

اطلاعات مهم در ارتباط با حقوق رسیدگی عادلانه شما

COVID-19 Uninsured Group Program در May 31, 2023 به پایان می رسد، زیرا قانون تغییر کرده است. به دلیل تغییر در قانون نمی توانید نسبت به خاتمه این برنامه اعتراض کنید. (درخواست تجدیدنظر فرآیندی است که در آن تصمیمی را به چالش می کشید و برای بررسی این تصمیم درخواست رسیدگی عادلانه می کنید). اگر با تصمیم مربوط به درخواست، مزایا یا خدمات Medi-Cal خود مخالف هستید، می توانید درخواست رسیدگی عادلانه کنید. می توانید در مورد نحوه درخواست رسیدگی در این آدرس بیشتر بدانید:

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>

یا می توانید با این شماره تماس بگیرید 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349).